

出 産 費 (内 払 金 依 頼 書)

家 族 出 産 費 (差 額 請 求 書)

育児書配付の希望調査欄
(✓を付けてお知らせください)

<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
-------------------------------	--------------------------------

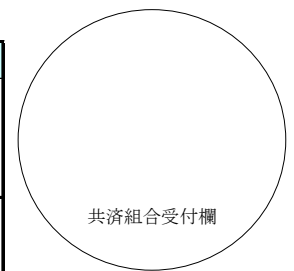
※希望者→別途配付申込書要提出

組合員証	記号	番号	組合員氏名	所属所名	
個人番号 ※		※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。			
資格取得年月日	出産した場所		(医療機関の名称等)		
資格喪失年月日			(医療機関等所在地)		
出産した者の氏名	組合員との続柄	出産した年月日	生産又は死産の別		
		年 月 日	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在		
「生産」の場合の出生児数	「死産」の場合の死産児数	「死産」の場合、妊娠からの週数及び日数		その他必要な事項	
人	人	満	週	日	
出産した者の個人番号 ※				※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。	
申請額又は請求額	法定給付 (1児につき)	—	明細書に記載された代理受取額	=	内払金額又は差額
	50 万円		円		円
(48.8 万円※)					
※産科医療補償制度対象分娩でない場合の額					
<p>上記のとおり、内払金 (差額) の支払を依頼 (請求) します。</p> <p style="text-align: center;">熊本県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者 住所 (組合員) 氏名</p>					
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所属所長 氏名</p>					

- ※ この様式は、直接支払制度を活用した場合に使用する様式です。
 ※ この請求 (依頼) 書に、次の書類を添付して提出してください。
 (1) 医療機関等から交付される「直接支払制度を利用する旨を合意した文書の写し」
 (2) 医療機関等からの「出産費用の内訳等が明記されている明細書の写し」

共済組合使用欄 (これより以下には記入しないでください。)

決 定 伺	課 長	課長補佐	係 長	係 員
下記のとおり決定してよろしいか。				
※ 決定額	円			
摘要				



育児書（赤ちゃんと！）配付申込書

組合員証		組合員氏名	出産者（母）氏名	送付先（指定の住所を記入してください。）	
記号	番号			〒	住所
				<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> - <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div>	

※配付する育児書（月刊「赤ちゃんと！」1年間）は、無料です。

※毎月10日が申込締切日です。締切日までの申込分については、翌月初旬に指定の送付先へ郵送します。